Aus der Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke.

ÜBER
APHASIA CONGENITA.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

K. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

H. JAKOB MARKERT

AUS ZIMMERN A. M.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

WÜRZBURG
BUCHDRUCKEREI J. MEIXNER
1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr **Prof. Dr. Seifert.**

Wie die Krankheiten des Körpers im Kindesalter in vielen Beziehungen Abweichungen von denen Erwachsener zeigen, so nehmen auch die Störungen der geistigen Funktionen in ihm meist einen anderen Verlauf und scheinen anderen Gesetzen zu gehorchen als später. Der zarte, im Entwickeln begriffene Organismus des Kindes reagiert leichter auf jede Schädlichkeit, er erkrankt leichter als der des Erwachsenen, aber er vermag auch im allgemeinen die Folgen einer Krankheit leichter zu überwinden als der in seinem Wachstum abgeschlossene Organismus. Von diesem Standpunkte aus wollen auch die verschiedenen Formen der Sprachlosigkeit betrachtet werden. Ehe wir aber auf diese selbst eingehen, wird es zu empfehlen sein, kurz den Weg zu verfolgen, auf dem das Kind in den Besitz seiner Sprache gelangt, soweit wir nach dem heutigen Stande unserer Erfahrungen denselben begreifen können.

Die ersten Lautkundgebungen sind unartikulierter Art und sind der Ausdruck seines Behagens oder Nichtbehagens, wobei der Schreilaut bei geöffnetem Munde naturgemäß einen a- oder ä-, bei geschlossenem Munde einen m-Klang annimmt. Schon im dritten Monate aber, ungefähr zu derselben Zeit, wo das Kind die ersten greifenden Bewegungen macht, beginnt es eine Reihe von Lauten, Vokalen und Konsonanten zu produzieren, welche teilweise denen seiner zukünftigen Muttersprache ähneln, teilweise aber gar nicht in ihr enthalten sind und auch kaum näher definiert und in Buchstabenschrift umgesetzt werden können. *Preyer* hat sich der Mühe unterzogen, diese Laute bei seinem Knaben zu registrieren und glaubt z. B. auf Grund

seiner Aufzeichnungen die Angaben *Vierordts* bestreiten zu müssen, daß das f schon in diesem Alter erzeugt werde. Allein solche Streitfragen sind für die Forschung nach der Entwicklung der Sprache des Kindes von untergeordneter Bedeutung. Die Laute, welche das Kind in diesem Alter hervorbringt, sind nicht die Anfänge seiner Sprache, sondern das Produkt zufälliger Organstellungen. Denn wir sind erst dann berechtigt, von einer Sprache zu reden, wenn Zeichen zum Zwecke der Mitteilung mit Absicht an andere gegeben werden. Dies trifft aber für die erwähnten Lautkundgebungen des Kindes nicht zu, sondern die Kinder dieses Alters setzen ihre Stimm- und Atemmuskeln aus demselben zentromotorischen Drange in Bewegung, der sie auch antreibt, ihre Extremitäten in die verschiedensten Stellungen gleichsam spielend zu bringen, wenn sie sich selbst überlassen, in der Wiege liegen. *Kussmaul* hält sie für rein reflektorischer Natur, teilt sonst auch diese Ansicht. Wirklich zu sprechen beginnt das Kind erst gegen Ende des ersten Lebensjahres, selten vor dem neunten oder nach dem achtzehnten Lebensmonat.

Bei dem Sprechenlernen des Kindes kommen zwei verschiedene Faktoren in Betracht, welche als die innere und äußere Sprache bezeichnet wurden (*Treitel*). Die innere Sprache entspricht dem Bestreben des Kindes, sich der Umgebung zu äußern; diese Fähigkeit sprechen zu lernen, kann kein Mensch einem Kinde beibringen und in diesem Sinne kann von Sprechenlernen eigentlich nicht die Rede sein. Die äußere Sprache ist die artikulierte, wie sie das Kind von seiner Umgebung erlernt; sie ist die Form, in welcher es seinen Erfahrungsinhalt zu äußern gelehrt wird und für deren Aneignung das Gehör unumgänglich notwendig ist. Jedoch der Sprachtrieb, die Fähigkeit, die Sprache seiner Heimat zu erlernen, bricht erst auf einer bestimmten Stufe der geistigen Entwicklung des Kindes hervor, ähnlich wie der Geschlechtstrieb erst zu einer bestimmten Zeit der körperlichen Entwicklung. Mit Unrecht

bezichtigt daher *Wernike* die Philosophen und besonders *Steinthal* des Irrtums, daß für die Entwicklung der Sprache das wichtigste Moment die Bildung des Begriffes, die Summe der verschiedenen Sinneseindrücke eines Gegenstandes sei. Diese Ansicht bezieht sich nätürlich nur auf die Entwicklung des Sprachtriebes, nicht auf die Erlernung der Muttersprache.

Das erstere kommt für das Studium der Aphasia congenita wesentlich in Frage und es ist daher unsere Aufgabe, diejenigen Tatsachen zu finden, welche bei dem Erwachen des Sprachtriebes eine Rolle spielen und weiterhin diejenigen Vorbedingungen festzustellen, welche für die Betätigung desselben zu erfüllen sind.

Durch das gleichzeitige Bestreben des Kindes, zu gehen und zu sprechen, drängt sich ein Vergleich beider Tätigkeiten auf, und da wir für die rein körperlichen Funktionen exaktere Mittel der Beobachtung haben, kann das Erwachen des Triebes zum Gehen uns einen Maßstab für die Beurteilung des Erwachens des Sprachtriebes bieten. Das Kind beginnt Gehversuche zu machen, sobald seine Körperkräfte und besonders die Muskulatur der unteren Extremitäten so erstarkt sind, daß es sich halten kann. Nach dieser Analogie wird man für die Sprache als Funktion des Geistes voraussetzen müssen, daß dieser erst eine gewisse Reife erlangt haben muß, ehe die Sprache beim Kinde hervorbricht. In der Tat hat das Kind, ehe es zu sprechen anfängt, wie *Preyer* betont hat, bereits eine ganze Summe von Vorstellungen und Erfahrungen; es kann z. B. seine Amme oder seine Eltern längst von anderen Personen unterscheiden, bevor es sie benennen kann. Als erste Forderung für das Erwachen der Sprache muß man daher eine gewisse geistige Entwicklung voraussetzen.

Es genügt aber für das nähere Verständnis der Sprachentwicklung diese allgemeine Aufgabe noch nicht, sondern es ist auch erforderlich, die einzelnen Faktoren der Psyche näher zu bestimmen, welche bei derselben in Frage kommen.

Zunächst denken wir bei der geistigen Entwicklung nur an die der Intelligenz, des Verstandes, welcher gewöhnlich der Fähigkeit entspricht, aus den Anschauungen und deren Vorstellungen Begriffe zu bilden. Damit aber das Kind die Sprache seiner Eltern erlernen und nicht in unbestimmten Lauten die Resultate seiner Wahrnehmungen und seiner Gefühle äußere, bedarf es noch des Nachahmungstriebes und des Gedächtnisses. Ohne den ersteren wäre jede Erziehung undenkbar; aber wir können kein Kind uns nachahmen lehren, in dem nicht dieser Trieb schon liegt und sich geltend macht.

Das Erwachen des Nachahmungstriebes fällt ungefähr in jene Zeit — nur ein klein wenig früher — wo die Sprache beim Kinde sich zeigt. Durch Nachahmung lernt das Kind seinen geistigen Inhalt in unsere Formen zu bringen, wobei es anfangs durchaus noch nicht immer beide richtig vereinbart. Mit dem Wort „Papa“ z. B. beehrt das Kind anfangs noch andere Männer als seinen Vater.

Soll die Nachahmung von Erfolg sein, so bedarf es dazu der geistigen Sammlung, der Aufmerksamkeit. Diese ist aber nicht nur eine Funktion des Verstandes, sondern vielmehr auch jener Seite unserer Psyche, welche die Gefühls- und Willenssphäre umfaßt. Wie diese so wird auch die Aufmerksamkeit durch das jeweilige Befinden unseres Körpers stark beeinflußt. Das gleiche gilt auch von der Lust, zu sprecheu. Auch der Erwachsene ist nicht immer gleich disponiert, zu reden, während er andere Male in eine erhöhte Redelust verfällt. Das körperliche Behagen oder Mißbehagen, die Stimmung, d. h. das seelische Behagen oder Mißbehagen, das von verschiedenen Faktoren abhängig sein kann, lassen seine Redelust auf- und niederschwanken. Beim Kinde, das noch nicht im Stande ist, seine Stimmungen zu bemeistern, müssen diese Schwankungen noch größer sein und jeder weiß, wie leicht Kinder schmollen, wenn man ihnen einen Wunsch versagt oder andererseits durch einen versprochenen Lohn zum Reden

wieder zu bewegen sind. Im allgemeinen ist die Sprechlust bei den Kindern sehr rege und man braucht die Sprechmaschine nur anzudrehen, um sie in Lauf zu bringen. Aber schon die Anwesenheit eines Unbekannten bringt selbst sehr geschwätzige Kinder gewöhnlich zum Schweigen und die Abnahme der Redelust ist bei Erkrankungen des Kindes ein fast sicherer Beweis für seine Kräfteabnahme. Es sei besonders auf dieses Moment hingewiesen, welches auch bei der späteren Entwicklung der Sprache eine bedeutende und bis jetzt immer noch nicht genügend beachtete Rolle spielt, wie auch bei der Beantwortung der Frage nach dem Erwachen der Sprache und ihren Anfängen.

Das Gedächtnisvermögen ist neben dem Verstande und dem Nachahmungstriebe der dritte Faktor, der für das wirkliche Erlernen der Muttersprache unbedingt notwendig ist. Auch das Gedächtnis entwickelt sich erst beim Kinde. Denn zuerst kann es nur schon mehrmals gesehene Personen oder Gegenstände oder schon gehörte Laute wieder erkennen, erst viel später ist es im stande, sich von selbst die Erinnerung an dieselben wieder wachzurufen. Bei der Erlernung der Muttersprache kommt meist ein mittlerer Grad des Gedächtnisses zur Anwendung. Wenn das Kind z. B. die Milch mit ihrem Namen nennen soll, so muß erst der Anblick der Milch, also der optische Eindruck, im stande sein, die Erinnerung an das akustische Gebilde wachzurufen. Umgekehrt muß das Wort „Milch“ die Vorstellung des Objektes erwecken können. Das Gedächtnis für diese letztere Reihenfolge ist eher im Kind vorhanden als für die erstere, bei der das Kind den akustischen Eindruck, das Lautgebilde, durch den optischen wieder erwecken soll. Auch die Schnelligkeit bei der Abwickelung des Gedächtnisaktes spielt eine Rolle, was die tägliche Erfahrung lehrt.

Diese drei Faktoren müssen vereint sein, wenn das Kind die Muttersprache erlernen, sowohl verstehen als auch sprechen soll. Verstehen und Sprechen sind aber

zwei verschiedene Akte der Sprache und vor allem das, was zuletzt über das Gedächtnis gesagt worden ist, dürfte geeignet sein, diesen Unterschied klar zu legen. In Wirklichkeit versteht jedes Kind das zu ihm Gesagte eher als es selbst reden kann, ähnlich wie ein Erwachsener eine fremde Sprache leichter verstehen als selbst sprechen lernt.

In den ersten Lebensjahren hat die Sprechweise der Kinder etwas Reflexartiges. Jeder sinnliche Eindruck zwingt sie gleichsam, sich darüber zu äußern. Dieser Reflexmechanismus steht in inniger Beziehung zu der oben besprochenen Disposition, der Lust oder Unlust zu sprechen. Erst durch die Erziehung lernt das Kind, nicht alle Eindrücke sofort zum Ausdruck zu bringen, es lernt die Kunst zu schweigen.

Für die Erlernung der Muttersprache ist, wie bereits angedeutet wurde, die Richtigkeit des schallaufnehmenden und des schallabgebenden Apparates, des Ohres und der Stimmwerkzeuge Bedingung; die durch ihre Schädigung bedingten Sprachstörungen sind keine Aphasie, sondern Alalie. Die Taubstummheit und die durch periphere Lähmungen bedingte Sprachlosigkeit gehört deshalb nicht hieher. Es soll aber bei dieser Gelegenheit darauf hingewiesen werden, daß die Erlernung der Sprachlaute auch im einzelnen viel mehr von der geistigen Entwicklung und der Aufmerksamkeit abhängt, als man bei Laien anzunehmen gewohnt ist. Noch immer wird das zu kurze Zeugenbändchen und andere zufällige körperliche Abnormitäten mit Unrecht zur Erklärung auch der schwersten Sprachstörungen herangezogen. Hierzu gehören auch die Aphasien.

Die Aphasien im Kindesalter müssen natürlich in zwei Gruppen geteilt werden, in die angeborenen und die erworbenen. Dabei ist Voraussetzung, daß das Gehör, die Sprach- und die Sehorgane der nicht sprechenden Kinder in Ordnung sind. Wie bei Erwachsenen ist auch bei Kindern die Aphasia selten eine absolut vollständige,

sondern es sind fast immer, selbst bei der angeborenen, einzelne Worte möglich. Man wird die Fälle ausnehmen müssen, bei welchen ein größerer Wortschatz vorhanden ist und bei welchen nur eine Reihe von Lauten nicht ausgesprochen werden kann. Diese sind nicht zu angeborener Aphasie zu rechnen, sondern sind als hochgradiges Stammeln anzusehen, obwohl sicher Übergänge vorkommen und infolge dessen eine Grenze in diesen Fällen schwer zu ziehen ist.

Sowohl für das wissenschaftliche Verständnis, als auch für die Therapie ist es wichtig, wie es kommt, daß Kinder, die gut hören und ganz intelligent sind, nicht oder erst sehr spät sprechen lernen. Dies soll an der Hand einiger Fälle zu beantworten versucht werden.

Die angeborene Aphasie — Aphasia congenita — Stummheit ohne Taubheit oder Hörstummheit, wie sie *Coën* nennt, war schon den älteren Autoren bekannt, so besonders *Wilde, Schmalz* und *Wernike.* Man kann wohl den Namen „Aphasia congenita" dafür gebrauchen, nachdem dieser ganz zutreffend ist und auch von den neueren Autoren beibehalten wird.

Sehr interessante Fälle von Aphasia congenita intelligenter Knaben teilten *Broadbent* und *Waldenburg* mit, auch *Benedict* und *Clarus* beobachteten verschiedene Fälle. Ein typischer Fall von *Broadbent* möge als Beispiel angeführt werden.

„Ein zwölfjähriger Knabe verstand alles, was man sagte, besorgte Aufträge, konnte aber nichts sprechen als „yes", „no", „father", „mother", welch beide letzten Worte er wie „face" und „mothe" aussprach, und ein deutliches „Keeger Kruger", was er auf alle Fragen zur Antwort gab; nur ausnahmsweise brachte er auch noch einige andere Worte hervor z. B. „all right", „thank you". Er schrieb seinen Namen, kopierte auch Figuren oder einige Worte von einer gedruckten Karte, war aber nicht im stande, „yes" oder „no" oder den Namen der Straße, worin er

wohnte, auf Geheiß niederzuschreiben, verstand auch keine schriftlich noch so einfache Frage, schrieb z. B. statt des verlangten „no“: „baleve“ und „ache“, statt „card“: ke u. s. w. Während er somit nicht vermochte, die Schriftzeichen mit den Sprachlauten zu verbinden und geschriebene oder gedruckte Schrift nicht verstand, so hatte er doch merkwürdigerweise Verständnis für Zahlen z. B. für die Zeit der Uhr, konnte sein Alter niederschreiben und dergl. Seine Zunge war frei beweglich und er vermochte mit einiger Mühe das ganze Alphabet ba, be, bi, bo, bu u. s. w. nachzusagen.“

Hieran seien verschiedene ganz ähnliche Fälle mit Aphasia congenita aus der Würzburger Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke angeschlossen. Die meisten davon sollen, da es nicht absolut notwendig ist, etwas kürzer aufgeführt werden. (Das beigefügte Datum zeigt an, wann die Patienten zum erstenmal in die Klinik kamen.)

1. *Felix W.* 6 Jahre alt. 5. VI. 1906.

Kräftiger, frischer Junge. Kann nicht mehr sprechen wie „Papa“ und „Mama“. Hört und sieht ganz gut.

2. *Andreas G.* 4 Jahre alt. 30. XI. 1906.

Seh- und Hörvermögen normal. Patient spricht nur einige Worte; schnarcht nachts.

3. *Josel K.* 3 Jahre alt. 9. VIII. 1907.

Kann nicht viel sprechen, hört und sieht gut; auch körperlich gut entwickelt.

4. *Wally H.* 4 Jahre alt. 2. IX. 1907.

Kann noch nicht reden; nur einzelne Worte sind ihm geläufig. Seh- und Gehörvermögen normal.

5. *Lina D.* $3^1/_2$ Jahre alt. 6. IX. 1904.

Spricht nur einige Worte, schnarcht bei Nacht, hört und sieht gut.

6. *Andreas Gr.* 5 Jahre alt. 6. III. 1909

Körperlich gut entwickelter Knabe; vermag nur einzelne Worte zu sprechen. Gehör- und Sehvermögen normal.

7. *Maria Pl.* 10 Jahre alt. 24. V. 1909.

Ist früher an Hasenscharte operiert worden; Sprachstörung, spricht nur einzelne Worte; Gehör- und Sehvermögen ist in Ordnung.

8. *Anna R.* 3 Jahre alt. 4. VI. 1909.

Patientin kann nur „Mama" und „Papa" sagen, sonst nichts, sieht und hört gut, ist sehr unfolgsam. Gut genährtes Kind, sieht intelligent aus. Vegetationes adenoideae.

9. *Maria R.* 4 Jahre alt. 17. VI. 1910.

Kind kann nur „Papa" und „Mama" sagen und „na", hört und sieht gut. Macht absolut keinen idiotenhaften Eindruck. Vegetationes adenoideae.

10. *Anna W.* 4 Jahre alt. 12. V. 1911.

Das Mädchen vermag nur wenige Worte zu sprechen, schnarcht nachts, atmet mit offenem Munde; körperlich gut entwickelt, sieht und hört gut.

11. *Josef G.* 4 Jahre alt. 1. VII. 1912.

Der Junge kann nur die Worte „Papa" und „Mama" sprechen, hört und sieht vollständig gut, ist aber sehr eigensinnig und unfolgsam.

Ganz typisch ist folgender Fall:

12. *Alfred V.* 4 Jahre alt. 23. VII. 1912.

Patient ist ein seinem Alter entsprechend körperlich gut entwickelter Knabe. Sein Gehör- und Sehvermögen ist gut, seine Bewegungen sind geschickt, macht überhaupt einen ganz intelligenten Eindruck, was auch die Mutter bestätigt. Er ist das einzige Kind, in der Familie seiner Eltern ist nichts von Sprachstörungen bekannt, nur eine Großtante von der Mutter war taubstumm. Nach Angabe der Mutter ist der Junge sehr eigensinnig und unfolgsam. Sein Wortschatz beschränkt sich auf die Worte: „Mama, auch, ja, nein, ei und hü", welch letzteres er ruft, wenn er ein Pferdegespann sieht. Er versteht genau, was man ihm sagt, ist aber absolut nicht dazu zu bewegen, ein Wort nachzusprechen, auch nicht eines jener Worte, aus denen sein geringer Sprachschatz besteht.

Diese 12 Fälle gleichen sich ziemlich und haben viel Gemeinsames; die Stummheit ist keine absolute, die Kinder sprechen ein paar Worte, sprechen jedoch gar nichts auf Aufforderung, was besonders schön Fall 12 zeigt. Da die Stummheit keine absolute ist, so ist auch der Name „Hörstummheit", wie er manchmal gebraucht wird für diese Sprachstörung, nicht recht bezeichnend.

Ursächlich käme nach *Coën* in erster Linie chronischer Alkoholismus der Eltern in Betracht. In dieser Hinsicht konnte bei unseren Fällen nichts Bestimmtes festgestellt werden. *Gutzmann* fand in 37% solcher Sprachstörungen mangelhaften Sprachtrieb, besonders in der männlichen Ascendenz, in der außerdem nicht selten auch andere Sprachstörungen vorkommen. Inwieweit Verwandschaft der Eltern eine Rolle spielt, ist unsicher. Ähnlich verhält es sich mit Traumen z. B. Schädeltraumen, welche eventuell beim Geburtsakt zugefügt werden. Doch denkt man hier zuerst an echte motorische Aphasie. *Gutzmann* nimmt an, daß bei starker Hyperplasie der Rachenmandel oder bei Gaumenspalten artikulatorische Schwierigkeiten die Sprechlust unterdrücken. Auch unter unseren Fällen finden sich einige, bei denen die Rachenmandel wegen Hyperplasie entfernt werden mußte. Aber auf jeden Fall sind von diesem Zusammenhange die stark Schwerhörigen, die sogenannten Adenoiden-Kinder, auszuschließen, bei denen die Hörstörung als Grund ihres Zustandes anzusehen ist.

Die Entstehung läßt sich nach *Gutzmann* auf Hemmungen der Sprechlust und auf spätes Erwachen des Nachahmungstriebes zurückführen. Wir hatten ja gesehen, daß der Nachahmungstrieb erst auf einer gewissen Stufe der geistigen Entwicklung des Kindes hervorbricht und dann auch, wie leicht die Sprechlust bei den Kindern sich ändert. Man beobachtet nämlich bei solchen Kindern einerseits Mangel an Antrieb zu allen möglichen Bewegungen, verbunden mit etwas körperlicher Ungeschicklichkeit, andererseits ist bekanntlich im Laufe der sprachlichen Entwick-

lung bei gutem Sprachverständnis die sprachliche Leistung zwar mangelhaft, aber immerhin vorhanden. Letztere entspricht bisweilen längere Zeit technisch nicht dem Ausdrucksbedürfnis. Auch der Wortschatz reicht nicht aus. Auf Grund solcher Disharmonien können Unlustaffekte um so leichter auftauchen, als die kindliche Psyche, wie ja schon erörtert wurde, zu Affektschwankungen besonders disponiert ist. Hieraus entstehende Schüchternheit wirkt dann sehr sprachhemmend auf die Sprechlust. Später tritt dann eine nunmehr bewußte Sprechscheu dazu, die natürlich auch sehr hemmend wirkt.

Liebmann zieht zur Erklärung noch Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefekte auf verschiedenen Sinnesgebieten heran. Störungen der Konzentration sind allerdings infolge unbewußter innerer oder äußerer Ablenkung bei solchen Kindern tatsächlich häufig.

Die Diagnose Aphasia congenita setzt voraus einen ganz normalen körperlichen und geistigen Zustand ohne Defekte an den Sprachorganen und ohne Symptome einer organischen Nervenläsion bzw. einer Gehirnkrankheit, dann ein zur Sprechperzeption genügendes Hörvermögen, sowie ein dem Alter entsprechendes Sprachverständnis. Es ist also festzustellen, ob das Kind auf Hörreize reagiert, ob es Geräusche z. B. Schlüsselklappern erkennt, ob es Wort- und Sachverständnis hat.

Die Behandlung derartiger Aphasien ist naturgemäß eine überaus mühsame und erfordert wie keine andere Krankheit eine unermeßliche Geduld, ganz besonders von seiten der Eltern, in deren Händen ja sozusagen die ganze Erziehung liegt. Dies muß vor allem das Grundprinzip sein, nur dadurch kann man etwas erreichen. In erster Linie muß die ganze psychiche Erziehung solcher Kinder mit besonderer Sorgfalt gehandhabt werden. Die Eltern müssen ihr Augenmerk besonders darauf richten, derartige Kinder, welche, wie ja bei den einzelnen Fällen bemerkt worden ist, gern zu Eigensinn und Unfolgsamkeit neigen,

willig und folgsam heranzuziehen. Der Heftigkeit und dem Eigensinn der Kinder darf nicht mit Nachgiebigkeit begegnet werden, aber körperliche Züchtigung ist am wenigsten am Platze; die Eltern dürfen eben die Geduld nicht verlieren und nicht aufhören, das Kind zu beruhigen und seine Aufmerksamkeit möglichst auf etwas anderes abzulenken. Die Unfolgsamkeit kann man nicht bessern durch ernste und strenge Vorhaltungen, daß erteilte Befehle und Gebote unbefolgt geblieben sind, man kommt vielmehr mit gütigem Zureden viel weiter. Man soll aber auch deshalb solchen Kindern nicht zu viel und nichts unnötig verbieten. In sprachlicher Hinsicht muß man die Kinder durch Güte, auch durch in Aussicht gestellte Belohnungen zu bewegen suchen, zuerst die Worte auf Aufforderung nachzusagen, welche in ihrem geringen Wortschatz enthalten sind. Diese Aufgabe fällt natürlich in erster Linie den Eltern zu, besonders aber der Mutter. Sie muß ihr Kind mit großer Geduld immer und immer wieder, zu jeder Gelegenheit und zu jeder Stunde dazu auffordern, irgend eines der verlangten Worte z. B. „Mama“ nachzusagen. Man darf jedoch dabei das Kind nicht übermüden, darf es nicht anfahren und mit Strenge behandeln, darf ihm aber auch die versprochene Belohnung nicht eher geben, bis es das verlangte Wort oder die Silbe, welche nachzusprechen es aufgefordert war, nachgesprochen hat. Man darf aber ja nicht die Geduld verlieren und seine Mühe als erfolglos aufgeben. Man gelangt schon zum Ziel nach mehr oder weniger unermüdlicher Bemühung. Ist man nun soweit, daß die Kinder die verlangten Worte, welche in ihrem Sprachschatze enthalten sind, auf Aufforderung nachsagen, dann sucht man sie zu bewegen, die Vokale, welche in diesen Worten vorkommen, nachzusprechen; später geht man über zu den Vokalen des Alphabets, soweit diese nicht schon in den Worten enthalten sind, hierauf zu den Konsonanten der Worte, dann zu denen des ganzen Alphabets und am Schluß zu mehr-

silbigen Worten nnd ganzen Sätzen. Das alles erfordert natürlich eine kolossale Mühe und Geduld.

Ich selbst war einmal dabei, wie den vierjährigen *Alfred V.* — Fall 12 — dessen Mutter dazu bewegen wollte, „Mama," welches Wort, wie erwähnt, zu seinem Wortschatze gehörte, nachzusagen. Die Mutter hielt ihrem Sohn, der sonst einen ganz munteren, geweckten Eindruck machte, eine kleine Peitsche, dann auch eine Birne vor und stellte ihm diese Belohnungen in Aussicht, wenn er „Mama" sage. Er verneinte dies durch Schütteln mit dem Kopfe, lachte ein wenig dabei und streckte seine Händchen nach der vorgehaltenen Belohnung aus. Dies wiederholte sich immer wieder, so oft ihn seine Mutter dazu aufforderte. Der Mutter wurde dann eingeschärft, die Geduld nicht zu verlieren, sondern ihr Söhnchen immer und immer wieder zum Nachsprechen aufzufordern, wenn sie etwas erreichen wolle. Das Kind wurde ein viertel Jahr später in die Klinik bestellt; in einer kürzeren Zeitfrist ist wohl kaum ein nennenswerter Erfolg zu erzielen. — Nach vier Monaten teilten dann die Eltern des Alfred V., die unterdessen versetzt worden waren und deshalb nicht zur bestimmten Zeit kamen, mit, daß es ihrem Söhnchen besser gehe, daß er das Wort „Mama" jetzt auf Aufforderung nachspreche.

Von *Felix W.* — Fall 1 — teilte dessen Vater im Okt. 1912 freudig mit, daß es mit der Sprache seines Sohnes eben sehr gut gehe.

Die Eltern des *Josef K.* — Fall 3 — schrieben im Januar 1913 zurück, daß ihr Sohn Josef ziemlich gut spreche und die Volksschule besuche. Schon daraus, daß Josef K. die Schule besuchen kann, geht hervor, daß er mit der Sprache jetzt gut daran ist.

Auch von *Anna W.* — Fall 9 — berichtete deren Vater im Dezember 1912, daß sie jetzt bedeutend mehr spreche wie damals, als er mit ihr in der Klinik war.

Über die anderen Fälle kann nichts genaues berichtet werden, da teils ihre Adresse nicht ausfindig gemacht

werden konnte, teils die Angehörigen der Kinder nicht mehr antworteten.

Man sieht also aus den aufgeführten Fällen, daß solche Sprachstörungen doch nicht so aussichtslos auf Besserung sind, wie es scheinen könnte, sondern daß sie unter der angegebenen Behandlung sehr gebessert, ja sogar vollständig zur Heilung gebracht werden können. Man darf nur den Mut und die Ausdauer nicht verlieren. Bei all den Sprechübungen muß man darauf bedacht sein, die Kinder zu selbständigem Reden zu erziehen, da sonst die ganze Mühe sich wenig lohnen würde.

Zum Schluß sei noch darauf hingewiesen, daß im Kindesalter außer der angebornen Aphasie auch noch erworbene vorkommt und zwar aus verschiedenen Ursachen. So kann letztere auftreten im Verlaufe von Chorea, wie *Kussmaul* und *Clarus* berichtet haben, dann nach heftigen Gemütsbewegungen, am häufigsten nach Schreck, auch schon im Anschluß an gastrische Störungen, im Verlaufe von Kindertyphus und auch Pneumonien. Im Anschluß an diese Fälle von Aphasie congenita soll noch ein prägnanter Fall von erworbener Aphasie im Verlauf einer Pneumonia crouposa bei einem neunjährigen Knaben angeführt werden:

Eduard A., 9 Jahre alt, sehr lebhafter Junge, besonders in Bezug aufs Sprechen. Am 30. Sept. 1912 an Pneumonie erkrankt, linker Oberlappen, sehr schwere Erkrankung.

10. Okt. Langsamer Abfall der Temperatur; links eitrige Otitis media, spontaner Durchbruch des Eiters.

11. Okt. Temperatur morgens und abends noch etwas erhöht, nicht über 38,3°. Patient hat auf einmal plötzlich die Sprache vollständig verloren, hört gut, versteht alles gut, kann aber kein Wort herausbringen.

13. Okt. Seit gestern leichte Steigerung der Temperatur.

Konsultation: Unvollständig gelöste Pneumonie des linken Oberlappens. Keine Pleuritis. Sekretion aus dem

linken Ohr sehr gering. Rechts frische Otitis media. Patient völlig aphasisch. — Trommelfellparacentese rechts.

14. Okt. Temperatur normal. —

28. Okt. Patient erholte sich körperlich ganz gut, kann heute zum erstenmal wieder sprechen.

31. Okt. Von der Pneumonie ist nichts mehr nachzuweisen. Otitis geheilt. Patient darf das Bett verlassen. Sprache normal. — Nach manchen Autoren verdanken die Aphasien nach akuten Infektionskrankheiten ihre Entstehung der Verminderung des Gedächtnisvermögens, sofern man nicht Hämorrhagien im Gehirn anzunehmen berechtigt ist. Die Aphasien nach akuten Infektionskrankheiten gelangen regelmäßig in kurzer Zeit zur Heilung, es müßte denn sein, daß organische Störungen zu Grunde liegen würden. Die Aphasie bei dem angeführten Knaben mit Pneumonie ist ja auch in kurzer Zeit zur Heilung gekommen. Man muß bei diesen Fällen sein Augenmerk vor allem auf das Grundleiden richten.

Es sei mir nun noch gestattet, Herrn Prof. Dr. *Seifert* für die Überlassung der Arbeit und für die Unterstützung bei Abfassung derselben, sowie für die gütige Übernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Kussmaul, Störungen der Sprache. 1885.

Rossbach, Physiologie und Pathologie der menschlichen Stimme.

P. R. Haudmann S. J., die menschliche Sprache in physiologisch-psycholog. Beziehung 1887.

Gutzmann, Vorlesungen über die Störungen der Sprache und ihre Heilung 1893.

Gutzmann, Sprachheilkunde 1910.

Treitel Leopold, über Aphasie im Kindesalter 1893.

Seifert-Gerhardt, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 5. Auflage.

Coën, die Hörstummheit und ihre Behandlung 1888.

Clarus, über Aphasie im Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. VII.

Nadoleczny, die Sprach- und Stimmstörungen im Kindesalter 1912.

Lebenslauf.

Ich *H. Jakob Markert*, bayer. Staatsangehörigkeit, bin geboren am 30. August 1886 zu Zimmern a. M. B.-A. Marktheidenfeld als Sohn des Küfermeisters Johann Markert in Zimmern a. M. Nach Besuch der Volksschule meines Heimatortes und des K. Gymnasiums zu Lohr a. M. und Würzburg erwarb ich mir im Juli 1906 das Reifezeugnis am K. neuen Gymnasium in Würzburg. Hierauf bezog ich im Okt. desselben Jahres die Universität in Würzburg, bei der ich immatrikuliert blieb bis zum Staatsexamen Okt. 1912. Ich studierte zuerst Philosophie, dann Medizin. Die Militärzeit fiel ins 8. Semester 1910. Der ärztlichen Staatsprüfung unterzog ich mich in Würzburg, die ich am 14. Dezember 1912 bestanden habe.

Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Prof. Dr. *Seifert* verfaßt.

H. Jakob Markert.